

ORIGINAL

DETERMINACIÓN EN SANGRE Y ORINA DEL CONSUMO RECIENTE NO TERAPÉUTICO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

José Manuel Bertolín Guillén (1), Juan Pretel Piqueras (1), Antonio Sánchez Hernández (1) y Isabel Acebal Gómez (2).

(1) Unidad de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia.

(2) Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN

Fundamentos: se viene constatando una tendencia creciente de consumo de sustancias psicoactivas entre los pacientes que son hospitalizados por causa psiquiátrica. En esta investigación pretendemos establecer la prevalencia y las características del consumo reciente no terapéutico de tales sustancias, mediante la detección en sangre y orina de los pacientes psiquiátricos admitidos en el hospital, la influencia de ese consumo en la presentación clínica de los trastornos mentales y recomendar un criterio de indicación de dichas determinaciones.

Método: determinación en orina de cannabinoides, anfetaminas, opioides y cocaína, mediante el sistema ADX™ y en sangre mediante el sistema REA™ para la alcoholemia, en las admisiones en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Valencia durante los 6 primeros meses del año 1995. Los diagnósticos se han basado en la CIE-10 en su versión para la investigación, y la influencia del consumo detectado de sustancias en la presentación clínica de los trastornos se ha fijado por mayoría entre tres psiquiatras experimentados.

Resultados: la prevalencia del consumo detectado de sustancias psicótropas es elevada (casi un tercio de las admisiones) y ese consumo influye en la mayor parte de tales admisiones (casi el 89%) agravando la clínica del trastorno mental al ingreso. Las variables asociadas con más frecuencia al consumo detectado son ser varón y ser hospitalizado como consecuencia de una intervención judicial.

Conclusiones: Se sugiere la determinación rutinaria de sustancias susceptibles de abuso en las admisiones psiquiátricas.

Palabras clave: Psicótropos. Etanol. Cocaína. Anfetaminas. Cannabis. Opioides. Ingreso hospitalario. Hospital General. Trastorno mental. Estudio transversal.

ABSTRACT

Determining Recent Non-therapeutical Consumption of Psychotropic Substances from Blood and Urine in Patients Admitted to the Psychiatric unit of a General Hospital in Valencia

Background: An increasing trend in the consumption of psychoactive substances has been observed in psychiatric patients who are hospitalised. The aim of this research is to establish the prevalence and the characteristics of the recent and non-therapeutic consumption of these substances, by detecting their presence in the blood and urine of psychiatric patients admitted to hospital, the influence of such consumption on the clinical manifestations of the mental disorders and to recommend criteria for such a phenomenon.

Method: Detection of cannabis, amphetamines, opiates and cocaine, using the ADX™ system, and in blood through the REA™ system for alcohol detection, in patients admitted to the Psychiatric Unit of the General University Hospital in Valencia, during the first six months of 1995. The diagnoses were based on the CIE-10 in its research version, and the influence of the consumption of substances detected in the clinical manifestations of the disorders was determined by the majority decision taken by three experienced psychiatrists.

Results: the prevalence detected in the consumption of psychotropic substances is high (almost one third of those admitted), and consumption played a part in the admission of most of these patients (nearly 89%), aggravating the mental disorder problem when they were admitted. The variables that were most often associated with the consumption detected, were males hospitalised as a result of a brush with the law.

Conclusions: A routine determining of the presence or absence of substances liable to abuse is recommended in patients admitted to psychiatric institutions.

Key words: Psychotropes. Ethanol. Cocaine. Amphetamines. Cannabis. Opiates. Hospital Admission. General Hospital. Mental Disorder. Cross-section Study.

INTRODUCCIÓN

Se ha señalado una tendencia creciente del consumo múltiple de sustancias psicotropas (drogas o sustancias psicoactivas) entre los pacientes que ingresan en unidades de psiquiatría de hospitales generales¹. Incluso se ha constatado que la quinta parte de tales ingresos reunirían criterios diagnósticos de abuso (no confundir con uso o consumo) o dependencia de sustancias psicoactivas distintas del etanol². Se conoce la capacidad de los psicoestimulantes en general para exacerbar el curso de las esquizofrenias y aumentar las rehospitalizaciones³. En particular la cocaína podría ser responsable de una proporción importante de las admisiones psiquiátricas en hospitales generales públicos⁴, y se ha sugerido que su detección serviría para identificar a un conjunto de sujetos esquizofrénicos con pronóstico y tratamiento distintos⁵. El abuso de cannabis se ha relacionado con las reagudizaciones de los trastornos esquizofrénicos y afines y quizá como un precipitante premórbido⁶. Se ha sugerido también la posibilidad de que algunos enfermos esquizofrénicos pudieran «automedicarse» con cannabis para reducir su sintomatología afectiva o negativa⁷, capacidad de reducción que asimismo se ha señalado recientemente para la cocaína⁸.

Disponer de una adecuada información sobre el consumo de tóxicos de los pacientes psiquiátricos ingresados es, pues, un asunto de relevancia clínica, especialmente para evitar iniciales errores diagnósticos y terapéuticos. Además, la fiabilidad de las informaciones suministradas por los pacientes referida al consumo de sustancias es dudosa y debe inscribirse en la fiabilidad general del resto de las informaciones que ellos proporcionan⁹. Algunos autores han hallado una cuarta parte, como mínimo, de informaciones referidas por los pacientes cualitativamente incompletas respecto del uso de sustancias¹⁰. Por todo lo dicho, se viene proponiendo la determinación rutinaria de

drogas en la orina de los enfermos que son ingresados en hospitales generales, tanto psiquiátricos como de algún otro servicio¹¹.

El presente estudio, que desarrolla aspectos ya avanzados preliminarmente por varios de los autores¹², tiene como objetivo principal establecer las características del consumo reciente no terapéutico de sustancias psicotropas en los pacientes psiquiátricos que ingresan en el Hospital General Universitario de Valencia, consumo evidenciado mediante análisis sistemáticos en sangre y orina al ingreso del paciente. El adjetivo «reciente» viene definido por el periodo máximo de detección de cada sustancia. Los objetivos específicos de este trabajo son: a) Determinar la prevalencia del consumo detectado de etanol, anfetaminas, cannabinoides, cocaína, opioides y otras; b) Determinar si dicho consumo influye en las características de la presentación clínica del trastorno mental de la persona que ingresa; y c) Señalar un criterio de indicación de la analítica sistemática de detección.

PACIENTES Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio transversal llevado a cabo en la Unidad de Psiquiatría del Hospital. La Unidad dispone de 20 camas, viene funcionando desde septiembre de 1993 y atiende las hospitalizaciones en salud mental de un área territorial urbana y semiurbana de 336.823 habitantes. No se admiten en ella pacientes que pretendan propiamente una desintoxicación de drogas, incluyendo el etanol. Los enfermos que necesitan dicha asistencia ingresan programados en una unidad específica en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera de Valencia. El hospital pertenece a la Diputación Provincial y está integrado en la red asistencial pública del Servicio Valenciano de Salud.

La población estudiada es aquella que ha producido las admisiones (ingresos) acaecidas en la Unidad de Psiquiatría. La selección de la misma se realizó por muestreo

consecutivo (se incluyen tanto las admisiones como las readmisiones) desde el día 1 de enero hasta el 30 de junio del año 1995. En estas personas se determinó el uso reciente, detectado por análisis de laboratorio, de las sustancias psicotropas etanol, anfetaminas, cannabinoides, cocaína, opioides y otras (psicofármacos cuando hay sospecha de abuso, principalmente). Se excluyeron del estudio aquellas admisiones en las que no fue posible practicar los análisis (ocurrió en 8 ingresos de un total de 230). El total de la muestra fue de 222 admisiones. Las personas que generaron las admisiones fueron 169. El 58,58% de ellas eran varones, el 69,82% viven en familia, el 62,13% eran solteras, sólo un 18,93% tenían trabajo y el 52,66% residían en la zona geográfica del área de cobertura de Valencia capital (tabla 1).

Las determinaciones analíticas fueron realizadas en el Área de Farmacocinética Clínica del Servicio de Farmacia del hospital. El coste estimado para el hospital de los reactivos por sustancia analizada es de unas 700 pesetas y el tiempo invertido por el operador es de unos 20 minutos por paciente. En las muestras de orina se utilizó el sistema denominado ADXTM para la detección de sustancias psicotropas, que se basa en una metodología de inmunoensayo. Los resultados se expresaron en términos cualitativos como positivo o negativo, según fuese superior o inferior a una concentración umbral establecida (CU). Este umbral es necesario, ya que los análisis no son totalmente selectivos y determinan tanto las drogas primarias como sus metabolitos dentro de cada grupo farmacológico por reactividad cruzada, y pueden ser interferidas por otros compuestos. Un resultado positivo indica un consumo de cierta cantidad de sustancia en un período de tiempo variable que oscila desde unas horas hasta un mes, según el tipo de sustancia, vía de administración, edad, sexo, peso y funcionalidad de los órganos excretores del paciente y la posible administración concomitante de fár-

Tabla 1
Características sociodemográficas de los pacientes de la muestra

Variable	Pacientes	
	N=169	%
Sexo	Hombres	99 58,58
	Mujeres	70 41,42
Tipo de convivencia	Solo	24 14,20
	Familia	118 69,82
	Pensión	9 5,33
	Otros	18 10,65
Edad (años)	< 20	14 8,28
	20-29	57 33,73
	30-39	41 24,26
	40-49	29 17,16
	> 49	28 16,57
Estado civil	Soltero	105 62,13
	Casado	29 17,16
	Separado	23 13,61
	Otros	12 7,10
Situación laboral	Empleado	32 18,93
	Desempleado	49 28,99
	Pensionista	49 28,99
	Estudiante	11 6,51
	Hogar	20 11,83
	Otros	8 4,73
Residencia	Valencia	89 52,66
	Torrente	28 16,57
	Alac. & Ald.	18 10,65
	Chirivella	13 7,69
	Otros	21 12,43

* Estos 169 pacientes distintos han dado lugar a 222 ingresos o admisiones hospitalarias.

macos diversos. El etanol se determinó en las muestras de sangre mediante la tecnología de atenuación de la energía de radiación (REATM) y los principios fundamentales de la Ley de Beer. La técnica es sensible (ST) a partir de una concentración de 10 mg/dl y el periodo máximo de detección (PD) es de 24 horas. No precisa de CU por ser muy específica. La ST, CU y PD para cada grupo de compuestos son los siguientes ¹³: Anfetaminas, ST=100ng/ml, CU=300ng/ml, PD= hasta 72 horas; Cannabinoides, ST=10ng/ml, CU=25ng/ml, PD= hasta 3-5 días en consumidores ocasionales y hasta 14-30 días en habituales; Cocaína, ST=30ng/ml, CU=300ng/ml, PD= hasta 72 horas; Opiáceos, ST=25ng/ml, CU=200 ng/ml y PD= hasta 72 horas.

La determinación en orina de benzodiazepinas sólo se realizó excepcionalmente, dada la frecuencia tan alta de pacientes que ingresan con tratamiento previo de las mismas o que las reciben en el momento del ingreso en urgencias del hospital antes de la recogida de la muestra. El recuento de tales análisis positivos figura incluido en el concepto de «otras sustancias». Lo mismo es aplicable a medicamentos diversos, como los antidepresivos, antipsicóticos, antiépilépticos y otros, sustancias todas de raro abuso.

No se han considerado, pues, los análisis positivos cuando se corresponden con sustancias psicótropas previamente prescritas en forma y consumidas por el paciente con fines terapéuticos. Tampoco se han considerado las intoxicaciones accidentales y por tanto involuntarias. Cuando el paciente informaba de un consumo de sustancias psicótropas no autorizado médicamente y no incluido en los análisis rutinarios, se confirmaba por los análisis si era factible. Si había discrepancia entre la información dada por el paciente y el resultado de los análisis se daba más credibilidad a estos últimos. Sólo se admitía como válida la información afirmativa del enfermo del uso reciente de sustancias psicótropas si no eran detectables por el Servicio de Farmacia, pero no si la información del consumo indetectable partía de terceras personas. Identificamos pues el uso o consumo reciente, objetivado mediante análisis de laboratorio y no meramente informado por los pacientes, de sustancias psicótropas. No pretendemos evaluar específicamente los trastornos mentales debidos al consumo de tales sustancias (intoxicación, consumo perjudicial o síndromes de dependencia o abstinencia) aunque éstos pudieran estar presentes y ser objeto en su caso del diagnóstico principal. Para los diagnósticos hemos seguido la clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, para los trastornos mentales y del comportamiento¹⁴.

La influencia del consumo en la presentación clínica del trastorno mental se ha categorizado en positiva o negativa según el juicio clínico mayoritario de tres psiquiatras. A este fin, cada caso de consumo positivo era presentado y después evaluado anónimamente por tres médicos psiquiatras de la Unidad. La influencia positiva se refiere únicamente a un agravamiento formal o distorsión importante de los síntomas de presentación del trastorno mental por el que es ingresado el paciente, sin que conlleve necesariamente mayor relevancia clínica (en cuyo caso estaríamos reflejando la presencia principal o de comorbilidad de algún trastorno mental debido al consumo de sustancias). Por ejemplo, un paciente afecto de cualquier trastorno mental que no sea codificado como F10-19 (éstos suponen todos una influencia positiva, por definición), puede haber presentado al ingreso una conducta más inhibida o desinhibida, beligerante o contenida, etc., que podría explicarse a posteriori mejor como favorecida o relacionada con alguna sustancia detectada en los análisis sistemáticos, que por el sólo trastorno mental del enfermo.

El estudio estadístico de los datos se ha realizado con el programa «EpiInfo» versión 5.01. Como medida de prevalencia hemos utilizado el cociente entre las admisiones con consumo positivo y el total de admisiones en el periodo abarcado. Como medida de asociación la razón de proporciones o prevalencias. Como prueba estadística el ji-cuadrado para determinar la significación de las desproporciones, y el intervalo de confianza para la diferencia entre las prevalencias¹⁵. Hemos establecido como variables independientes aquellas que proporcionan una información básica, que son doce, entre clínicas y sociodemográficas. Las variables dependientes son el consumo de psicótropos y su influencia en la sintomatología del trastorno mental al ingreso del paciente. El enunciado de todas las variables es el siguiente: consumo re-

ciente de sustancias psicotropas, influencia del consumo positivo en la presentación clínica del trastorno diagnóstico según la nosotaxia de la CIE-10, frecuencia de las admisiones habidas durante el período de los 6 meses de observación, tipo de admisión, tipo de convivencia, sexo, edad, estado civil, situación laboral, iniciativa de la demanda del ingreso, estancias generadas por cada paciente en cada ingreso, motivo del alta y lugar de residencia.

RESULTADOS

Un total de 169 personas distintas han producido 222 admisiones hospitalarias en la Unidad. La descripción de algunas características generales de tales sujetos ya se ha expuesto en el apartado de pacientes y método (tabla 1). De las 222 admisiones el 32,43% (72) han dado positivo en alguno de los análisis de sustancias psicotropas practicados. En este grupo, en el 88,89% (64) de las admisiones el consumo de sustancias

guardaba relación con la presentación clínica del trastorno del enfermo en el momento de su ingreso. En los 8 únicos casos restantes entre los consumidores cuyo consumo no se relacionaba con la clínica del trastorno mental, 6 habían usado etanol, 1 cannabis y 1 opioides.

En nuestra muestra, el cannabis y el etanol han sido las sustancias más detectadas y juntas representan el 64,71% del total de resultados positivos. En el 16,67% de las admisiones con consumo detectado (12 de entre 72) hubo consumos múltiples y los más asociados en éstos fueron también el etanol y el cannabis (7 y 8 casos respectivamente). Es decir, que entre ambas sustancias representan el 65,22% de los consumos múltiples detectados de psicotropas. Los consumos múltiples han supuesto 25 resultados positivos en los análisis, lo que expresa que el 16,67% de las admisiones con consumo positivo aporta el 29,41% de todos los positivos hallados (tabla 2).

Tabla 2

Relación entre las sustancias psicotropas detectadas en las admisiones y los distintos grupos de trastornos mentales

Grupos diagnósticos CIE 10 (1992)	Anfetaminas	Eta- nol	Canna- bis	Cocaí- na	Opioides	Otros	Múltiples*	Total N**
F10-19 T. por sust. psicot.		2	3		2	2	1	9
F20-29 Psicosis	2	11	23	5	3	1	7(+2)	45(+2)
F20 Esquizofrenias***	2	6	16	5	2		5(+2)	31(+2)
F30-39 T. del humor		2	2			3		7
F40-48 T. Neuróticos		2	1			4		7
F60-69 T. Personalidad		5	2	1	1	3	2	12
F70-79 Retraso mental		1						1
> F79 Otros		1			1			2
**** Total N =	2	24	31	6	7	13	10(+2)	83(+2)

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (categorías principales): F10-19 = Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas; F20=29 = Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes; F30-39 = Trastornos del humor; F40-48 = Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; F60-69 = Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; F70-79 = Retraso mental; >F79 = Trastornos del desarrollo psicológico, Trastornos de la personalidad y del comportamiento y de las emociones en la infancia. * La columna MULTIPLES (sustancias psicotropas múltiples) se halla subsumida en las anteriores menos 2 casos correspondientes a los códigos diagnósticos F20-29. ** El total N de la columna corresponde a la suma de 83 casos de positivos habidos en las 72 admisiones con consumo de algún tóxico, más 2 casos de consumo múltiple en que no consta la clase de sustancias consumidas. *** Los datos de la fila correspondiente al código F20 están subsumidos en la anterior F20-29, de donde se han desglosado. **** El total de admisiones que dan 85 positividadades (83+2 múltiples sin especificar) es de 72 sobre un total de 222 admisiones (32,43%).

Entre el grupo de 72 admisiones con análisis positivos el 54,17% se diagnosticaron como psicosis. En ellas el cannabis fue la sustancia detectada con más frecuencia (51,11% de los análisis positivos entre los diagnósticos de psicosis). De las 117 admisiones que fueron diagnosticadas de psicosis (52,70%), el 66,67% correspondía a trastornos esquizofrénicos y representaba el 35,14% de los diagnósticos del total de las admisiones (tablas 2 y 3). La suma de resultados positivos entre las admisiones de sujetos esquizofrénicos (33 admisiones, tabla 2) representaba el 70,21% de los resultados positivos entre los psicóticos (47). Las admisiones de sujetos esquizofrénicos que dan esos resultados positivos suponen el 69,23% de las admisiones con análisis positivos diagnosticadas de psicosis (27 sobre 39). El 30,77% de los resultados positivos entre los pacientes psicóticos corresponde, por tanto, a diagnósticos de psicosis no esquizofrénicas (tabla 3). En resumen, los enfermos esquizofrénicos, que son el 31,36% de los pacientes (53 de 169), representan el 35,14% de las admisiones y el 38,82% de

los resultados positivos en los análisis de detección.

El 51,61% de los resultados positivos al cannabis se dan en admisiones de sujetos diagnosticados de esquizofrenia. El mismo porcentaje de admisiones de pacientes esquizofrénicos con resultado positivo a algún consumo ha usado cannabis (16 de 31 casos, sin contar los 2 casos de consumo múltiple no especificado), seguido a distancia por el consumo de etanol con el 19,35% de resultados positivos sobre el total de los correspondientes a las admisiones de sujetos esquizofrénicos (tabla 2). Por otro lado los 5 análisis positivos a la cocaína, de los 6 habidos en total, corresponden también a diagnósticos de esquizofrenia (el 6,41% de los diagnósticos de esquizofrenia en todas las admisiones). En conjunto no hay diferencias estadísticamente significativas entre los ingresos diagnosticados de psicosis esquizofrénicas y no esquizofrénicas con respecto al uso previo de sustancias psicotropas. De las 29 admisiones diagnosticadas de trastornos del humor, corresponden al diagnóstico de trastorno bipolar 17, de las que 16 han dado resultados negativos en los análisis.

Tabla 3
Relación entre los grupos de diagnósticos clínicos y las admisiones con y sin consumo previo de sustancias psicotropas

Grupos diagnósticos CIE-10 (1992)	Con consumo	Sin consumo	Total
F00-09 Tr. Ment. orgánicos	0	2	2
F10-19 Tr. por sust. psicotr.	8	3	11
F20-29 Tr. Psicóticos	39	78	117
F20 Esquizofrenias	27	51	78
F30-39 Tr. del humor ^a	6(8,33%)	29(19,33%)	35(15,77%)
F40-48 Tr. Neuróticos	7	10	17
F50-59 Tr. fact. somáticos	0	1	1
F60-69 Tr. Personalidad	9	8	17
F70-79 Retraso mental	1	16	17
> F79 Otros	2	3	5
Total N =	72	150	222

Véase la descripción completa de las categorías principales o grupos diagnósticos en el pie de la Tabla 2. * p = 0,03526; Intervalo de confianza al 95% = 0,12-1,00; Razón de proporciones = 0,4857.

Las admisiones repetidas, es decir, las que se deben a pacientes con más de una admisión en el período de observación, son 85 (38,29%) y corresponden a 32 individuos distintos (18,93%). De ellas 28 (32,94%) dan positivo a algún psicotrope. Sin embargo no hallamos diferencias con significación estadística entre las admisiones de los sujetos que han ingresado una o más veces y el uso previo reciente de sustancias psicotropas. Tampoco hay diferencias en el conjunto de las admisiones entre los consumidores y no consumidores recientes de sustancias psicotropas para las variables tipo de convivencia, estado civil, situación laboral, iniciativa de la demanda del ingreso y motivo del alta. Se obtienen diferencias significativas (p<0,05) en el resto de las variables (tablas 4 y 5).

Tabla 4
Relación entre el consumo previo de sustancias psicotropas en las admisiones y distintas variables
(diferencias con significación estadística)

Variable	Admisiones N = 222	%	Sust. Psicotropas				Pruebas Estadísticas			
			Positivo N = 72		Negativo N = 150		Signifi- cación	Razón Prop.	I.C.	
Sexo	Hombres	140	63,06	53	73,61	87	58,00	$p = 0,0241$	1,6338	0,02-0,27
	Mujeres	82	36,94	19	26,39	63	42,00			
Tipo de admisión	Volunt.	135	60,81	47	65,28	88	58,67	$p = 0,0327$	1,7304	0,09-0,35
	Judicial	23	10,36	12	16,67	11	7,33			
	Urgencia	64	28,83	13	18,06	51	34,00			
Edad (en años)	<20	23	10,36	3	4,17	20	13,33	$p = 0,0366$	0,4598	0,07-0,31
	20-29	79	35,59	33	45,83	46	30,67			
	30-39	58	26,13	22	30,56	36	24,00			
	40-49	31	13,96	9	12,50	22	14,67			
	> 49	31	13,96	5	6,94	26	17,33			
Estancias (en días)	≤4	48	21,62	19	26,39	29	19,33	$p = 0,0070$	0,4781	0,07-0,32
	5-7	41	18,47	14	19,44	27	18,00			
	8-14	77	34,68	29	40,28	48	32,00			
	≥15	56	25,23	10	13,89	46	30,67			
Residencia	Valencia	115	51,8	37	51,39	78	52,00	$p = 0,0473$	0,4776	0,06-0,30
	Torrente	30	13,51	10	13,89	20	13,33			
	Ala. & Ald.	30	13,51	5	6,94	25	16,67			
	Chirivella	23	10,36	8	11,11	15	10,00			
	Otros	24	10,81	12	16,67	12	8,00			

Abreviaturas: Sust. = sustancias; Prop. = proporciones; I.C. = intervalo de confianza al 95% para las diferencias entre las proporciones; Volunt. = voluntario; Ala. = Alacauás; Ald. = Aldaya.

Tabla 5
Relación entre el consumo previo de sustancias psicotropas en las admisiones y distintas variables
(diferencias sin significación estadística)

Variable	Admisiones N = 222	%	Sust. Psicotropas				
			Positivo N = 72		Negativo N = 150		
Tipo de convivencia	Solo	26	11,71	9	12,50	17	11,33
	Familia	156	70,27	49	68,06	107	71,33
	Pensión	18	8,11	7	9,72	11	7,33
	Otros	22	9,91	7	9,72	15	10,00
Estado civil	Soltero	145	65,32	52	72,22	93	62,00
	Casado	32	14,41	10	13,89	22	14,67
	Separado	32	14,41	7	9,72	25	16,67
	Otros	13	5,86	3	4,17	10	6,67
Situación laboral	Empleado	33	14,86	13	18,06	20	13,33
	Desempleado	67	30,18	24	33,33	43	28,67
	Pensionista	75	33,78	24	33,33	51	34,00
	Estudiante	11	4,95	2	2,78	9	6,00
	Hogar	26	11,71	5	6,94	21	14,00
	Otros	10	4,50	4	5,56	6	4,00
Demanda del Ingreso	Propia	13	5,86	5	6,94	8	5,33
	Familia	65	29,28	17	23,61	48	32,00
	Serv. Médicos	34	15,32	13	18,06	21	14,00
	Serv. Psiquiátricos	66	29,73	22	30,56	44	29,33
	Polic. & Juez	40	18,02	14	19,44	26	17,33
	Otros	4	1,80	1	1,39	3	2,00
Motivo del alta	Mejoría	196	88,29	62	86,11	134	89,33
	Pet. propia	11	4,95	5	6,94	6	4,00
	Fuga	8	3,60	3	4,17	5	3,33
	Otras	7	3,15	2	2,78	5	3,33
Admisiones	Únicas	137	61,71	44	61,11	93	62,00
	Repetidas (>1)	85	38,29	28	38,89	57	38,00

DISCUSIÓN

En la población general, según la última encuesta oficial publicada para la Comunidad Autónoma Valenciana¹⁶, el 75,3% de los individuos mayores de 15 años de edad no ha consumido sustancias psicotropas sin prescripción médica u otras drogas (exceptuando el etanol), y sí las han consumido al menos el 5,4% (se reconoce un posible sesgo de subestimación). El consumo afirmativo requería haberlo hecho en 5 ó más ocasiones a lo largo de la vida. Por lo que respecta al etanol, se declaran bebedores habituales (una o más veces por semana) el 38,1% de los encuestados, pero sólo el 1,9% se reconocen de consumo elevado o excesivo (de más de 61 cc de etanol puro por día). En nuestra muestra, y aunque estos datos no pueden ser comparados directamente con los recién comentados porque los conceptos de consumo positivo no son iguales, hemos hallado un 26,58% de consumidores recientes de sustancias, excluido el etanol (59 casos sin tener en cuenta los 2 de consumo múltiple no especificado). El consumo detectado de etanol ha sido del 10,81% (24 casos).

Nuestros resultados revelan que entre las admisiones de los pacientes que ingresan en la Unidad de Psiquiatría del hospital, la prevalencia objetivada mediante análisis de detección del consumo reciente de sustancias psicotropas es elevada (casi un tercio del total), superior a la estimada en la población general de nuestro entorno. Revelan también que ese consumo detectado influye en la mayoría de las admisiones (casi el 89%) agravando la clínica del trastorno mental que presenta el enfermo cuando es hospitalizado. Se había comunicado una frecuencia alta del 39% de casos de uso de sustancias entre los pacientes que acuden a servicios psiquiátricos¹⁷. Se viene informando asimismo desde hace años, de la elevada prevalencia de abuso de drogas entre los pacientes esquizofrénicos¹⁸ y la influencia tanto del consumo reciente como del abuso

de algunas de ellas en el agravamiento de los síntomas de presentación de los trastornos esquizofrénicos^{3,6}. Sin embargo, no conocíamos una valoración tan global y negativa como la obtenida por nosotros, de la interacción entre el consumo reciente del conjunto de sustancias psicoactivas y el conjunto de los trastornos mentales, no sólo de las esquizofrenias, cuando ingresan los pacientes. La importancia de este hallazgo hace recomendable, empero, que el mismo sea reconsiderado mediante nuevos estudios con diseño más específico al respecto.

En las admisiones de sujetos varones hay un 14,69% más de consumo detectado de psicotropos, siendo la prevalencia del consumo en dichas admisiones 1,6 veces mayor que la correspondiente a las mujeres. El consumo detectado es 1,73 veces mayor para las admisiones por intervención judicial, con un incremento de la prevalencia del consumo en ellas del 22,02%. La asociación entre dichas variables y el consumo detectado es estadísticamente significativa. Los resultados señalan asimismo que es más difícil que una persona consuma sustancias psicotropas poco antes de su ingreso psiquiátrico si es hospitalizada en calidad de urgencia inmediata, tiene más de 49 años de edad, genera más de 2 semanas de estancias en la Unidad, reside en las poblaciones valencianas del área de cobertura de Alacuas o Aldaya o es diagnosticada de un trastorno del humor. En particular, es muy raro que el diagnóstico de trastorno bipolar se asocie a consumo reciente de drogas.

El consumo elevado de cannabis entre las admisiones de sujetos psicóticos en general y esquizofrénicos en particular, concuerda con lo informado por distintos autores^{6,7}, aunque teniendo en cuenta los comentarios que haremos seguidamente. Hemos obtenido, en efecto, un 51,61% de análisis positivos a cannabinoides entre las admisiones de sujetos esquizofrénicos con resultado positivo a alguna sustancia psicotropa. Tales resultados positivos al cannabis (16 casos)

representan el 13,68% de las admisiones diagnosticadas de psicosis (117). Esa proporción podría no ser sino aproximadamente la mitad de la que en realidad reuniría criterios de abuso (consumo perjudicial), a tenor tanto del porcentaje de abuso del 24% entre esquizofrénicos, hallado hace pocos años en otro hospital español⁷, como de la baja sensibilidad (entre el 40 y el 54%) informada por otros autores sobre los análisis de detección en orina en relación con el diagnóstico de abuso de sustancias¹⁹. Pero en nuestra muestra no hay diferencias estadísticamente significativas entre el número de admisiones de sujetos psicóticos o específicamente esquizofrénicos, con o sin consumo detectado de alguna sustancia en general o de cannabis en particular. En otras palabras, que muchos de los consumidores detectados en los análisis son psicóticos, porque hay un 52,70% de admisiones con diagnóstico de psicosis en nuestra muestra, pero no porque la proporción de admisiones de psicóticos consumidores sea mayor que en otras patologías. Esto difiere de lo informado recientemente por otros autores en cuanto al abuso de sustancias¹⁸.

En algún estudio anterior⁵, el 31% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados había consumido cocaína durante la semana previa al ingreso, pero sólo la mitad dio positivo en los análisis (el resto fueron positivos declarados por los propios enfermos). Nosotros hemos obtenido el 6,41% de análisis positivos a la cocaína entre las admisiones de sujetos esquizofrénicos (tabla 2). Aun suponiendo que los verdaderos consumos recientes de cocaína entre los esquizofrénicos fueran el doble de los hallados por nosotros mediante los análisis en orina, estaríamos alejados en este caso de la prevalencia informada en otros centros.

La determinación de sustancias psicotropas aportan la innegable ventaja, cuando se usan métodos de inmunoensayo en muestras de orina, de tener una sensibilidad o proporción de sujetos consumidores con resultado positivo relativamente elevada del

92%¹⁹. Pero para una correcta evaluación de nuestros resultados es necesario considerar también que los distintos periodos máximos de detección según sustancias, con aproximadamente 24 horas para el etanol, tres días para las anfetaminas, cocaína y opioides y varias semanas para el cannabis, permiten suponer, en buena lógica, que debe ser mayor el consumo real de las cuatro primeras para el mismo periodo temporal en que medimos de hecho el consumo de cannabis. La cuestión pues, de si la prevalencia detectada de consumo de sustancias en nuestro centro podría ser sólo una «punta de iceberg», a pesar de ser ya importante la obtenida, precisa de nuevos estudios más orientados propiamente a la detección de los trastornos mentales debidos al uso de sustancias.

Tanto la elevada prevalencia detectada de consumo de sustancias psicotropas, como su influencia desfavorable en la presentación clínica de los trastornos mentales de los sujetos de la muestra, y el coste estimado de los análisis (3.500 pesetas en reactivos de 5 sustancias analizadas por paciente y 20 minutos de tiempo del operador), nos permite recomendar que la determinación de drogas susceptibles de abuso (etanol, anfetaminas, cannabinoides, cocaína, opioides y eventualmente otras) sea una práctica rutinaria pertinente en los ingresos psiquiátricos. Debieran exceptuarse de los correspondientes análisis quienes no hayan podido estar expuestos y quienes afirmen algún consumo positivo reciente. En estos últimos sólo deberían determinarse por análisis de laboratorio el resto de sustancias psicotropas que niegan haber consumido, asumiendo una reducida fiabilidad cualitativa de la información de los interesados^{9,10}. No encontramos justificado que sólo se practiquen rutinariamente los análisis en los pacientes con diagnóstico de entrada de psicosis, pues la prevalencia de consumo no es mayor en este grupo. Como ya se ha reconocido²⁰ y parece obvio por lo demás, la repercusión práctica de la referida información

toxicológica objetiva sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo en general del paciente psiquiátrico recién ingresado en un hospital puede ser de considerable trascendencia.

Las limitaciones principales de esta investigación vienen dadas por tratarse de un estudio transversal, ya que no se pueden interpretar las relaciones de las variables como riesgos. Pero hemos establecido la prevalencia del consumo reciente de drogas en los ingresos psiquiátricos de nuestro centro, objetivada mediante análisis de laboratorio, lo que constituye para nosotros un punto de partida para nuevos estudios que permitirán hacer inferencias más generales a ese respecto. Hemos señalado diferencias con algunas prevalencias informadas en otros hospitales en grupos de pacientes concretos y señalado la influencia negativa del consumo sobre la expresión clínica de los trastornos mentales. Por último hemos fundamentado una orientación sobre la pertinencia de los análisis rutinarios correspondientes basada en un coste aceptable de los mismos y en las ventajas clínicas de la información que suministran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen C, Balogh M, Bathija J, Howanitz E, Plutchik R, Conte HR. Substance abuse among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 60-4.
2. Barral MV, Standage K. An audit of substance use disorders on a general hospital psychiatric unit. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 130-2.
3. Brady K, Anton R, Ballenger JC, Lydiard RB, Adinoff B, Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1164-7.
4. Galanter M, Egelko S, De León G, Rohrs C, Franco H. Crack/cocaine abusers in the general hospital: assessment and initiation of care. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 810-5.
5. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 758-62.
6. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 273-9.
7. Peralta V, Cuesta MJ. Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 127-30.
8. Serper MR, Alpert M, Richardson NA, Dickson S, Allen MH, Werner A. Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1464-9.
9. Hoffmann NG, Ninonuevo FG. Concurrent validation of substance abusers self-reports against collateral information: percentage agreement vs. kappa vs. Yule's Y. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 231-7.
10. Galletly CA, Field CD, Prior M. Urine drug screening of patients admitted to a state psychiatric hospital. *Hosp Com Psychiatry* 1993; 44: 587-9.
11. Soderstrom CA, Dailey JT, Kerns TJ. Alcohol and other drugs: an assessment of testing and clinical practices in U.S. trauma centers. *J Trauma* 1994; 36: 68-73.
12. Bertolín JM, Pretel J, Sánchez A, Raya N. Consumo de tóxicos previamente al ingreso psiquiátrico en hospital: análisis descriptivo. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sevilla, octubre de 1995. *An Psiquiatría* 1995; 11 Supl 1: 3.
13. Rawls WN. Urine drug analysis and the treatment of substance abuse. *Drug Monit Forum* 1986; 4: 1-5.
14. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor, 1994.
15. Daniel WW. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª ed. México DF: Limusa, 1993.
16. Generalitat Valenciana. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana. 1990-1991. Serie Plan de Salud de la Comunidad Valenciana nº 2. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consumo, 1993.
17. Khalsa HK, Shaner A, Anglin MD, Wang J. Prevalence of substance abuse in a psychiatric evaluation unit. *Drug Alcohol Depend* 1991; 28: 215-23.
18. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 13-21.
19. Albanese MJ, Bartel RL, Bruno RF, Morgenbesser MW, Schatzberg AF. Comparison of mea-

tures used to determine substance abuse in an inpatient psychiatric population. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1077-8.

20. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions. Substance abuse disorders: a psychiatric priority. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1291-300.